

Pennsylvania Public School
Employees' Retirement System (PSERS)

Health Options Program

2021



Planes de atención
administrada para afiliados
elegibles para Medicare
y no elegibles para Medicare

Suroeste de
PENSILVANIA

Allegheny • Fayette • Greene • Indiana • Washington
Westmoreland

Costos mensuales en 2021 en caso de ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	COBERTURA SIMPLE	COBERTURA 2 PERSONAS
Highmark Security Blue HMO Point-of-Service	\$253	\$506
Capital BlueCross BlueJourney PPO	\$250	\$500
UPMC PSERS HOP Custom HMO	\$243	\$486
Aetna Medicare V02 PPO	\$216	\$432

Costos mensuales en 2021 en caso de NO ser elegible para Medicare *(no incluye asistencia con las primas)*

	COBERTURA SIMPLE	COBERTURA 2 PERSONAS
Highmark PPOBlue (Plan 80-70)	\$1287	\$3339
Capital BlueCross PPO	\$1371	\$2742
UPMC Business Advantage	\$1448	\$2896
Aetna Premier Open Choice PPO	\$2113	\$4226

Opciones del plan 2021 si es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	HIGHMARK SECURITY BLUE HMO POINT-OF-SERVICE	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3400	\$10 000 (combinando dentro y fuera de la red)
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$10 por PCP; \$20 por especialista	\$10 por PCP; \$20 por especialista
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$50 (exento si se admite)	\$50 (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$40	\$40
Cirugía ambulatoria	\$0	\$0
Pruebas de diagnóstico	\$0	\$0
Terapia ambulatoria	\$20	\$20
Equipo médico duradero	15 %	No cubierto
Salud mental ambulatoria	\$20	\$20
Hospitalización para salud mental	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (puede aplicar copago por visita al consultorio)	\$0 (puede aplicar copago por visita al consultorio)
Exámenes Ob/Gyn	\$0 (puede aplicar copago por visita al consultorio)	\$0 (puede aplicar copago por visita al consultorio)
Mamografías	\$0	\$0
Centro de enfermería especializada	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare	\$0 hasta 100 días por período de beneficios de Medicare
Audífonos	\$0 después del copago anual de \$499 por audífono con TruHearing Advanced; \$799 por audífono con TruHearing Premium	No cubierto
Atención dental	\$20 por examen, limpieza y radiografías cada 6 meses; 50 % para servicios de restauración; 50 % para dentaduras postizas cada 5 años	No cubierto
Exámenes de visión/audición	\$0 vista; \$20 audición	No cubierto
Lentes con receta	Lentes y armazones o lentes de contacto estándar Davis Vision cubiertos en su totalidad (una vez al año); se aplica el 100 % después del beneficio máximo de \$150 por año calendario a marcos no estándar y lentes de contacto especiales	No cubierto
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 31 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días) *
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$4130		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$5; Farmacia estándar \$10	\$12,50
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$5; Farmacia estándar \$10	\$12,50
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Farmacia preferida \$25; Farmacia estándar \$30	\$62,50
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	Farmacia preferida \$55; Farmacia estándar \$60	\$137,50
Medicamentos de especialidad (nivel 5)	33 %	33 % (suministro para 31 días)
Brecha de cobertura para TrOOP máximo de \$6550		
Medicamentos genéricos (niveles 1 y 2)	Farmacia preferida \$5; Farmacia estándar \$10	\$12,50
Medicamentos de marca (niveles 3 y 4)	Farmacia preferida: 20 % (el plan paga el 10 % y el fabricante descuenta el 70 %) Farmacia estándar: 25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	20 % (el plan paga el 10 % y el fabricante descuenta el 70 %)
Medicamentos de especialidad (nivel 5)	25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	25 % (suministro para 31 días)
Cobertura por catástrofe		
Medicamentos genéricos	El mayor entre 5 % o \$3,70	
Medicamentos de marca	El mayor entre 5 % o \$9,20	

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	CAPITAL BLUECROSS BLUEJOURNEY PPO*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$0	\$0
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3400 combinados (excluye los medicamentos de la Parte D y de audición)	
Hospitalización	\$0	\$0
Visitas al médico	\$5 por PCP; \$0 por atención virtual; \$15 por especialista	\$5 por PCP; \$15 por especialista; atención virtual N/C
Cuidado preventivo	\$0	\$0
Sala de emergencias	\$50 (exento si se admite)	\$50 (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$35 por atención de urgencia; \$0 por atención virtual	\$35 por atención de urgencia; atención virtual N/C
Cirugía ambulatoria	\$0	20 %
Pruebas de diagnóstico	\$10 por servicios de laboratorio; \$25 por imágenes de alta tecnología; 15 % por radiología terapéutica; todos los demás \$0	\$10 por servicios de laboratorio; \$25 por imágenes de alta tecnología; 15 % por radiología terapéutica, \$0 todos los demás
Terapia ambulatoria	\$15	\$15
Equipo médico duradero	20 %	20 %
Salud mental ambulatoria	\$15	\$15
Hospitalización para salud mental	\$0	\$0
Exámenes físicos	\$0 (examen de bienestar anual)	\$0 (examen de bienestar anual)
Exámenes Ob/Gyn	\$0 por exámenes preventivos (una vez cada 24 meses)	\$0 por exámenes preventivos (una vez cada 24 meses)
Mamografías	\$0 por exámenes preventivos (una vez cada 12 meses)	\$0 por exámenes preventivos (una vez cada 12 meses)
Centro de enfermería especializada	\$0 los días 1 a 10; \$25 los días 11 a 100	20 %
Audífonos (una vez cada 36 meses)	100 % después de la asignación de \$500 (combinando dentro y fuera de la red)	100 % después de la asignación de \$500 (combinando dentro y fuera de la red)
Atención dental	\$15 por visita al consultorio; limpieza y radiografías cubiertas; 50 % para otros servicios; \$1500 máximo por año calendario (combinando dentro y fuera de la red)	50 %; \$1500 máximo por año calendario (combinando dentro y fuera de la red)
Examen de visión/audición (una vez por año calendario)	Vista: \$20 por examen de la vista de rutina Audición: \$0 por examen de audición de rutina	50 %
Lentes con receta (una vez cada 24 meses)	100 % después de la asignación de \$125 para marcos; \$0 por un par de lentes estándar	Lentes: 100 % después del límite de dólares** Marcos: 100 % después del límite de \$125
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$4130		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	\$4	\$12
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	\$4	\$12
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	\$30	\$90
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	\$75	\$225
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	33 %	No cubierto
Brecha de cobertura para TrOOP máximo de \$6550		
Medicamentos genéricos (Niveles 1 y 2)	25 %	25 %
Medicamentos de marca (Niveles 3 y 4)	25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	No cubierto
Cobertura por catástrofe		
Medicamentos genéricos	El mayor entre 5 % o \$3,70	
Medicamentos de marca	El mayor entre 5 % o \$9,20	

* Capital BlueCross BlueJourney PPO no está disponible en Delaware ni Maryland.

** Lentes simples, bonificación de \$36; lentes bifocales, bonificación de \$48; lentes trifocales, bonificación de \$58.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	UPMC PSERS HOP CUSTOM HMO*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	
Deducible anual	\$0	
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3400	
Hospitalización	\$0 para pacientes hospitalizados; \$0 para pacientes ambulatorios	
Visitas al médico	\$0 por PCP; \$20 por especialista	
Cuidado preventivo	\$0	
Sala de emergencias	\$120 (exento si se admite dentro de los 3 días)	
Centro de atención de urgencia	\$20	
Cirugía ambulatoria	\$0	
Pruebas de diagnóstico	\$0 por análisis; \$10 por radiografía; \$30 por imágenes complejas	
Terapia ambulatoria	\$20	
Equipo médico duradero	15 %	
Salud mental ambulatoria	\$20	
Hospitalización para salud mental	\$0	
Exámenes físicos	\$0 por examen de rutina	
Exámenes Ob/Gyn	\$0 por examen de rutina	
Mamografías	\$0 por examen de rutina	
Centro de enfermería especializada	\$0 por día los días 1 a 15; \$50 por día los días 16 a 100	
Audífonos	100 % después de bonificación de \$1500 (una vez cada 36 meses)	
Atención dental	Atención dental de rutina no cubierta	
Exámenes de visión/audición	\$0 por examen de la vista de rutina (una vez cada dos años); \$20 por examen auditivo de rutina (una vez al año)	
Lentes con receta (una vez cada 24 meses)	100 % después de bonificación de \$250	
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$4130		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$0; Farmacia estándar \$15	\$0 estándar
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$10; Farmacia estándar \$20	\$20 estándar
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Farmacia estándar o preferida \$47	\$117,50
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	Farmacia estándar o preferida \$100	\$300
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	33 % farmacia estándar o preferida	No cubierto
Brecha de cobertura para TrOOP máximo de \$6550		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$0; Farmacia estándar \$15	\$0 estándar
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$10; Farmacia estándar \$20	\$20 estándar
Medicamentos de marca (Niveles 3 y 4)	25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	
Medicamentos de especialidad (Nivel 5)	25 % (el plan paga el 5 % y el fabricante descuenta el 70 %)	No cubierto
Cobertura por catástrofe		
Medicamentos genéricos	El mayor entre 5 % o \$3,70	
Medicamentos de marca	El mayor entre 5 % o \$9,20	

* UPMC está disponible en todos los condados del sureste y suroeste de Pensilvania y en algunos condados del centro norte de Pensilvania.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	AETNA MEDICARE V02 PPO *	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$300	\$500
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$6700	\$10 000
Hospitalización	Copago de \$200 por día para los días 1 a 7	30 %
Visitas al médico	\$15 por PCP; \$40 por especialista	30 %
Cuidado preventivo	\$0	30 %
Sala de emergencias	\$90 (exento si se admite)	\$90 (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$50	\$50
Cirugía ambulatoria	\$185	30 %
Pruebas de diagnóstico	\$35; \$200 por imágenes complejas	30 %
Terapia ambulatoria	\$40	30 %
Equipo médico duradero	20 %	30 %
Salud mental ambulatoria	\$40	30 %
Hospitalización para salud mental	Copago de \$200 por día para los días 1 a 7	30 %
Exámenes físicos	\$0	30 %
Exámenes Ob/Gyn	\$0	30 %; no deducible
Mamografías	\$0	30 %; no deducible
Centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por día para los días 1 a 20; Copago de \$172 por día para los días 21 a 100	30 %
Audífonos (una vez cada 36 meses)	100 % después de la asignación de \$500	
Atención dental (sujeta a limitaciones de frecuencia)	\$40 (si está cubierto por Medicare)	30 % (si está cubierto por Medicare)
Examen de visión/audición (una vez cada 12 meses)	\$0	30 %
Lentes con receta	100 % después de bonificación de \$100 (una vez cada 24 meses)	
MEDICAMENTOS CON RECETA	Farmacia minorista (suministro para 30 días)	Pedido por correo (suministro para 90 días)
Deducible anual	\$0	\$0
Cobertura inicial hasta un costo total de medicamentos de \$4130		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$2; Farmacia estándar \$15	Farmacia preferida \$4; Farmacia estándar \$30
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$10; Farmacia estándar \$20	Farmacia preferida \$20; Farmacia estándar \$40
Medicamentos de marca preferidos (Nivel 3)	Farmacia preferida \$40; Farmacia estándar \$47	Farmacia preferida \$80; Farmacia estándar \$94
Medicamentos de marca no preferidos (Nivel 4)	35 % farmacia preferida; 50 % farmacia estándar	
Medicamentos de especialidad (nivel 5)	33 %	33 % (suministro limitado para un mes)
Brecha de cobertura para TrOOP máximo de \$6550		
Medicamentos genéricos preferidos (Nivel 1)	Farmacia preferida \$2; Farmacia estándar \$15	Farmacia preferida \$4; Farmacia estándar \$30
Medicamentos genéricos no preferidos (Nivel 2)	Farmacia preferida \$10; Farmacia estándar \$20	Farmacia preferida \$20; Farmacia estándar \$40
Medicamentos de marca (niveles 3 y 4)	25 %	25 %
Medicamentos de especialidad (nivel 5)	25 %	25 %
Cobertura por catástrofe		
Medicamentos genéricos	El mayor entre 5 % o \$3,70	
Medicamentos de marca	El mayor entre 5 % o \$9,20	

*Los planes de Aetna están disponibles únicamente en Pensilvania, Nueva Jersey y en algunos condados de Florida, Maryland y Nueva York.

Opciones del plan 2021 si NO es elegible para Medicare

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	HIGHMARK PPOBLUE (PLAN 80-70)	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familiar	\$500/individual \$1500/familiar
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$10 000	No hay máximo
Hospitalización	20 %	30 %
Visitas al médico	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	30 %
Cuidado preventivo	\$20 por visita	Los exámenes físicos de rutina no están cubiertos; 30 % para mamografías y ginecología de rutina
Sala de emergencias	\$100 (exento si se admite)	\$100 (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$40; no deducible	30 %
Cirugía ambulatoria	20 %	30 %
Pruebas de diagnóstico	20 %	30 %
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; máximo de 60 visitas*; no deducible	30 %; máximo de 60 visitas*
Equipo médico duradero	20 %	30 %
Salud mental ambulatoria	0 %; no deducible	30 %
Hospitalización para salud mental	20 %	30 %
Exámenes físicos	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	No cubierto
Exámenes Ob/Gyn	\$40 por visita	30 % por examen de rutina; no deducible
Mamografías	20 %	30 %
Centro de enfermería especializada	20 %; 100 visitas por año calendario	30 %; 100 visitas por año calendario
Audífonos (una vez cada 36 meses)	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de visión/audición	No cubierto	No cubierto
Lentes con receta (una vez cada 24 meses)	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible anual	\$0	No cubierto
Máximo anual	No hay máximo	No cubierto
Farmacia minorista (suministro para 34 días)		
Medicamentos genéricos	30 % (genérico obligatorio)	No cubierto
Medicamentos de marca	50 %	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30 % (genérico obligatorio)	No cubierto
Medicamentos de marca	50 %	No cubierto

*Máximo combinado dentro y fuera de la red

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	CAPITAL BLUECROSS PPO	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$100/individual \$300/familia	\$500/individual \$1500/familia
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$3000/individual \$6000/familia	No hay máximo
Hospitalización	20 %; no deducible	30 %; no deducible
Visitas al médico	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista	30 %; no deducible
Cuidado preventivo	\$10 por visita	20 %
Sala de emergencias	\$100; no deducible (exento si se admite)	\$100; no deducible (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$40; no deducible	30 %; no deducible
Cirugía ambulatoria	20 %	30 %
Pruebas de diagnóstico	20 %	30 %
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; no deducible	30 %
Equipo médico duradero	20 %	30 %
Salud mental ambulatoria	\$40 por visita; no deducible	30 %; no deducible
Hospitalización para salud mental	20 %	30 %
Exámenes físicos	\$10 por visita al PCP; \$25 por visita al especialista; no deducible	20 %; no deducible
Exámenes Ob/Gyn	\$0; no deducible	30 %, no deducible
Mamografías	\$0; no deducible	30 %, no deducible
Centro de enfermería especializada	\$0; límite de 100 días	50 %; límite de 100 días
Audífonos	No cubierto	No cubierto
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de visión/audición	No cubierto	No cubierto
Lentes con receta	No cubierto	No cubierto
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible anual	\$300/individual \$600/familia	No cubierto
Máximo anual	Máximo por período de beneficios de \$2500 para medicamentos relacionados con el estilo de vida	No cubierto
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30 %*	No cubierto
Medicamentos de marca	30 %/preferida;* 50 %/no preferida	No cubierto
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30 %	No cubierto
Medicamentos de marca	30 %/preferida; 50 %/no preferida	No cubierto

* Los medicamentos genéricos de especialidad y los medicamentos de marca preferidos están cubiertos al 50 %, y los medicamentos de especialidad de marca no preferidos no están cubiertos.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	UPMC BUSINESS ADVANTAGE*
PLAN MÉDICO	Solo dentro de la red
Deducible anual	\$500/individual \$1000/familiar
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$4000/individual \$8000/familiar
Hospitalización	20 %
Visitas al médico	\$20 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista; no deducible
Cuidado preventivo	\$0; no deducible
Sala de emergencias	Copago de \$100 (exento si se admite); no deducible
Centro de atención de urgencia	\$40; no deducible
Cirugía ambulatoria	20 %
Pruebas de diagnóstico	20 %
Terapia ambulatoria	\$40 por visita; máximo de 30 visitas; no deducible
Equipo médico duradero	20 %
Salud mental ambulatoria	\$20 por visita; no deducible
Hospitalización para salud mental	20 %
Exámenes físicos	\$0 por examen de rutina; no deducible
Exámenes Ob/Gyn	\$0 por examen de rutina; no deducible
Mamografías	\$0 por examen de rutina; no deducible
Centro de enfermería especializada	20 %; 120 días por período de beneficios
Audífonos (una vez cada 36 meses)	No cubierto
Atención dental	No cubierto
Exámenes de visión/audición	No cubierto
Lentes con receta (una vez cada 24 meses)	No cubierto
MEDICAMENTOS CON RECETA	
Deducible anual	\$0
Máximo anual	No hay máximo
Farmacia minorista	
Medicamentos genéricos	\$8 (genérico obligatorio)
Medicamentos de marca	\$38/preferidos; \$76/no preferidos y de especialidad
Pedido por correo (suministro para 90 días)	
Medicamentos genéricos	\$16 (genéricos obligatorios)
Medicamentos de marca	\$76/preferidos; \$152/no preferidos

*UPMC no está disponible en todos los condados.

CUÁNTO PAGARÁ EN 2021	AETNA PREMIER OPEN CHOICE PPO*	
PLAN MÉDICO	Dentro de la red	Fuera de la red
Deducible anual	\$300/individual \$600/familiar	\$500/individual \$1000/familiar
Máximo anual a cuenta del afiliado	\$6600/individual \$13 200/familiar	\$10 000/individual \$20 000/familiar
Hospitalización	\$200 por día hasta \$1000 por máximo de admisión	30 %
Visitas al médico	\$15 por visita al PCP; \$40 por visita al especialista	30 %
Cuidado preventivo	\$0; no deducible	30 %
Sala de emergencias	\$75; no deducible (exento si se admite)	\$75; no deducible (exento si se admite)
Centro de atención de urgencia	\$50; no deducible	30 %
Cirugía ambulatoria	\$150	30 %
Pruebas de diagnóstico	\$35 por radiografía/análisis; \$150 por imágenes complejas	30 %
Terapia ambulatoria	\$40	30 %
Equipo médico duradero	20 %	30 %
Salud mental ambulatoria	\$40; el resto de los servicios de salud mental \$0	30 %
Hospitalización para salud mental	\$200 por día hasta \$1000 por máximo de admisión	30 %
Exámenes físicos	0 %; no deducible; examen de rutina	30 %
Exámenes Ob/Gyn	0 %; no deducible; examen de rutina	30 %
Mamografías	0 %; no deducible; examen de rutina	30 %
Centro de enfermería especializada	\$100 por día hasta \$500, luego \$0; límite de 100 días	30 %
Audífonos (una vez cada 36 meses)	100 % después de bonificación de \$1000	30 %
Atención dental	No cubierto	No cubierto
Exámenes de visión/audición	Vista: \$0; 1 examen cada 12 meses; Audición: \$40; 1 examen cada 24 meses	30 %
Lentes con receta (una vez cada 24 meses)	100 % después de bonificación de \$100	100 % después de bonificación de \$100
MEDICAMENTOS CON RECETA		
Deducible anual	\$200/individual \$600/familiar	\$200/individual \$600/familiar
Máximo anual	Combinado con plan médico	Combinado con plan médico
Farmacia minorista		
Medicamentos genéricos	30 %	50 % después del copago aplicable
Medicamentos de marca	30 % - formulario 50 % - sin formulario	50 % después del copago aplicable
Pedido por correo (suministro para 90 días)		
Medicamentos genéricos	30 %	No cubierto
Medicamentos de marca	30 % - formulario 50 % - sin formulario	No cubierto

*Los planes de Aetna están disponibles únicamente en Nueva Jersey, Pensilvania y en algunos condados de Florida, Maryland y Nueva York.

Este folleto proporciona solo un resumen de los beneficios de estos planes. No proporciona detalles sobre lo que está cubierto o las limitaciones que pueden aplicarse. Se incluye más información en la Evidencia de cobertura (para un plan Medicare Advantage) o en la Descripción de beneficios (para un plan para miembros que no son elegibles para Medicare). Además, puede llamar a la Unidad de Administración de HOP al 1-800-773-7725 y solicitar un paquete de información para cualquiera de estos planes.